



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Lex Sarah- anmälningar

En beskrivande studie från en kommun i Mellansverige

Maria Larsson & Sabina Lindborg

Oktober 2011

Examensarbete, grundnivå
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Josefin Westerberg Jacobson
Examinator: Birgitta Fläckman

Abstract

The aim was to describe the contents of Lex Sarah-reports and its penalties in municipal elderly care homes in a large municipality in central Sweden in 2010. A descriptive qualitative design was used and the material was analyzed using manifest content analysis. Lack of care was the most common reason that a Lex Sarah-report was written. Other reasons such as lack of communication and improper treatment were common when associated with inadequate care. The business manager's measures were evenly distributed between actions against the parties concerned and efforts directed at the workplace. In almost half of the reports, the area manager considered the business manager's actions to be adequate. The area manager's most common action was further action against the parties concerned, while further action against the ward was less common. Actions directed at the customer and their next of kin were included, but was virtually nonexistent. In conclusion the lack of care were the most common reason that a report was made, other reasons why a report was made, were often based on lack of care. In cases where the customer was refused help or had been wrongly treated the customer often contacted the notifier, in other cases, the notifier witnessed the incident.

Keywords: Nursing homes, mandatory reports, quality of care, elder abuse.

Sammanfattning

Syftet var att beskriva innehållet i Lex Sarah- anmälningar och dess påföljder på kommunala äldreboenden i en större kommun i Mellansverige under år 2010. En beskrivande kvalitativ design användes och materialet analyserades med hjälp av manifest innehållsanalys. Bristande omvårdnad var den vanligast förekommande anledningen till att en Lex Sarah- anmälan skrevs. Andra anledningar som bristande kommunikation och felaktigt bemötande förekom, men ofta då i samband med bristande omvårdnad. Verksamhetschefens åtgärder var jämt fördelade mellan insatser riktade mot berörda parter och insatser riktade mot arbetsplatsen. I nästan hälften av anmälningarna ansåg områdeschefen att verksamhetschefens åtgärder var tillräckliga. Områdeschefens vanligaste åtgärder var ytterligare insatser riktade mot berörda parter, medan ytterligare insatser riktade mot avdelningen inte förekom i lika stor utsträckning. Insatser mot kunden och dess anhöriga fanns med, men var näst intill obefintligt. Slutsatsen är att bristande omvårdnad var den vanligaste orsaken till att en anmälan gjordes, och att andra orsaker till att en anmälan gjordes ofta byggde på att brister i omvårdnad förekommit. I de fall kunden nekats hjälp eller blivit felaktigt bemött tog ofta kunden kontakt med anmälaren, i andra fall bevitnade anmälaren händelsen.

Nyckelord: Äldreboenden, anmälningsplikt, vårdkvalitet, övergrepp mot äldre.

Tack till

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) i den undersökta kommunen.

Annica Ernesäter

Inger Kjellberg

Josefin Westerberg Jacobsson

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Lex Sarah	1
1.2 Jean Watsons omvårdnadsteori	1
1.3 Whistleblowing	2
1.4 Avvikelse rapportering/klagomål	2
1.5 Övergrepp i äldrevården	3
1.6 Utformning av en Lex Sarah- anmälan	5
1.7 Problemformulering	5
1.8 Syfte	6
1.9 Frågeställningar	6
2. Metod	6
2.1 Design	6
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	6
2.3 Datainsamlingsmetod	6
2.4 Databearbetning	7
2.5 Hantering av bortfall	8
2.6 Forskningsetiska överväganden	8
3. Resultat	8
3.1 Område: Händelse som leder till en Lex Sarah- anmälan	10
3.1.1 Kategori: Felaktigt bemötande	10
3.1.2 Kategori: Bristande kommunikation	10
3.1.3 Kategori: Bristande omvårdnad	11
3.2 Område: Verksamhetschefens åtgärder	12
3.2.1 Kategori: Insatser riktade mot berörda parter	12
3.2.2 Kategori: Insatser riktade mot arbetsplatsen	13
3.3 Område: Områdeschefens åtgärder	14
3.3.1 Kategori: Verksamhetschefens åtgärder är tillräckliga	14
3.3.2 Kategori: Insatser riktade mot berörda parter	14
3.3.4 Kategori: Insatser riktade mot avdelningen	14
4. Diskussion	15
4.1 Huvudresultat	15
4.2 Resultatdiskussion	15
4.3 Metoddiskussion	18
4.4 Allmän diskussion	20
Referenser	21

1. Introduktion

1.1 Lex Sarah

Lex Sarah trädde i kraft 1999 och är uppkallad efter undersköterskan Sarah Wagnert som anmälde sin egen arbetsplats efter att hon upptäckt missförhållanden. Lagens syfte är att patienten ska få optimal omvårdnad och att skydda patienten från missförhållanden. Personalen kring patienten har skyldighet att anmäla enligt Lex Sarah om de upplever eller har kännedom om att missförhållanden finns. Syftet är inte att peka ut enskilda individer som förövare utan att upptäcka och åtgärda systematiska fel i omvårdnaden för Socialtjänsten (Socialstyrelsen 2010). Lex Sarah är inte till för att lösa problem i relationen mellan arbetsgivare och arbetstagare, samarbetsproblem i en arbetsgrupp eller arbetsmiljöproblem (Socialstyrelsen 2010).

Svensk sjuksköterskeförening (2009) skriver:

”Sjuksköterskor är skyldiga att agera om de i sin yrkesutövning möter missförhållanden som går ut över patienter. Det gäller oavsett om missförhållandena beror på resursbrist, bristande ledarskap, icke-ändamålsenlig organisation, miljö eller bristande kompetens. Det handlar om ett etiskt ansvar och ett förhållningssätt som omfattar mer än de egna handlingarna.”

Ågren (2001) undersökte Lex Sarah- anmälningar i en kommun under nästan två år och vilka påföljder dessa anmälningar generade. En betydande stor del av anmälningarna utgjorde fysiska övergrepp mot patienterna, från att fösa in en patient till sitt rum till upprepade slag mot patienten. De psykologiska övergreppen bestod uteslutande av kränkningar av olika slag som svordomar och en sjuksköterska som beskyllde en patient för att vara sprutnarkoman. Den minsta kategorin var brister i omsorg där båda händelserna handlade om att patienten inte hade fått hjälp när patienten larmat och att patienten glömts bort. Verksamhetschefens åtgärder varierade men samtal med berörd personal förekom i alla åtgärder.

1.2 Jean Watsons omvårdnadsteori

Jean Watsons teori är baserad på humanismen och beskriver den som en mänsklig vetenskap där fokus ligger på mänsklig omsorg för individer, familjer och grupper. Målet med omvårdnad enligt Watsons teori är att människor ska få en högre känsla av harmoni i sinne, kropp och själ, vilket leder till ökad självkontroll, självkännedom och beredskap för självläkande (McCance *et al.* 1999, Watson 1988a, 1988b). Watson ser människan som en värdefull individ som ska vårdas, bli respekterad och förstådd.

Människan är större än och annorlunda än summan av sina delar. Hon menar att människan är uppbyggd av ande, kropp och själ (Watson 1988a, 1988b). Watson lägger fokus på att vårdmiljön ska vara ren och estetisk för att främja patienternas läkande. Hon menar även på att sjuksköterskan ska "vara" den vårdade och helande miljön (Watson, 2008). Watson beskriver hälsa som harmoni mellan ande, kropp och själ. Hälsa är även samstämmighet mellan hur jaget uppfattas av andra och hur det uppfattas av en själv. Icke-samstämmighet leder till ohälsa vilket på längre sikt kan leda till sjukdom. Omvårdnad är att hjälpa personer att få samstämmighet mellan ande, kropp och själ. Stort fokus läggs på relationen mellan sjuksköterska och patient (Watson 1988b). Medlet för förändring är varken sjukvårdspersonal eller mediciner utan de personliga, inre, intellektuella och andliga mekanismerna hos den patient som låter sig helas genom olika inre och yttre metoder (Watson 1988a). Watson ser omvårdnad som både humanistisk vetenskap och ett hantverk. Konsten att vårda bygger på empati, det vill säga kunna ta in och tolka patientens känslor och känna det patienten känner. Konsten bygger också på att kunna sända ut känslor som är mer positiva till patienten (Watson 1988b).

1.3 Whistleblowing

Det krävs mod och ett psykosocialt stöd från kollegorna för att våga anmäla en situation som upplevs som ett missförhållande på arbetsplatsen. Därför kan det vara av intresse att undersöka fenomenet *whistleblowing*. McDonald och Ahem (2002) definierar whistleblowers som vårdpersonal som upptäcker missförhållanden och rapporterar detta till någon med makt att förändra den rådande situationen. De skiljer inte på vårdpersonal som rapporterar detta internt eller externt, exempelvis till media. Det beskrivs att sjukvården som arbetsplats har större potential att försvåra för personalen att göra sin röst hörd än andra arbetsplatser. Sjukvården som arbetsplats socialiserar in personalen i ett klimat av tystnad (Firtko & Jackson 2005). Whistleblowers som påtalar problem kan bli ombedda att lämna arbetsplatsen under utredningen, vilket skapar skuld känslor hos dem. Vissa upplever att relationen till arbetskamraterna påverkades negativt i hög utsträckning (Jacksons *et al.* 2010a). Personal som använder sig av whistleblowing menar att anledningen till användandet var att de inte kunde få stöd för sin oro på något annat sätt och för att säkerställa patientsäkerheten. Dock beskriver de att rädsla för påföljder är en av anledningarna till att de tvekar att göra sin röst hörd (Jackson *et al.* 2010b). Personal med lång erfarenhet uppgav att det berodde på hur allvarligt fallet var. Det fanns en signifikant skillnad mellan vårdpersonal med lång erfarenhet och dem med kort erfarenhet gällande tilltron till att en anmälan skulle ge resultat. Vårdpersonal med

kort erfarenhet hade större tilltro till att en anmälan skulle leda till en förändring av situationen, än de med lång erfarenhet (Malmedal *et al.* 2009).

1.4 Avvikelse­rapportering/klagomål

Avvikelse­rapporter har visat sig förekomma i högre utsträckning i de stater i USA som har fler dementa patienter på särskilda boenden, medan klagomål registreras i högre utsträckning i stater med färre dementa patienter. Ju fler timmar sjuksköterskor och undersköterskor befinner sig på boendet desto färre klagomål inkommer (Jogerst *et al.* 2008). Av inkommande avvikelser rapporteras majoriteten till stadsmyndigheterna. I storstäder rapporteras avvikelser i samma utsträckning inom den amerikanska motsvarigheten till kommunala och privata boenden, medan det på landsbygden rapporteras fler avvikelser på privata boenden. Fler platser på boendet resulterar i fler avvikelser (Jogerst *et al.* 2006). Ett datoriserat avvikelse­rapporteringssystem har testats för att se om det kan leda till ett förbättringsarbete kring fallolyckor. Nästan en tredjedel av de boende ramlade, åtminstone vid ett tillfälle, under studiens gång. Med hjälp av systemet för avvikelse­rapportering kunde avdelningsledningen analysera vart de boende oftast befann sig när de ramlade och andra omständigheter kring fallet. Detta ledde till ett förbättringsarbete där nya rutiner togs fram för att förebygga nya fall (Wagner *et al.* 2005). Kingston *et al.* (2004) undersöker skillnader mellan läkares och sjuksköterskors attityder till avvikelse­rapportering och kommer fram till att sjuksköterskor hellre rapporterar än läkare. Läkarna som tillfrågades uppger att de hellre tar upp problemet med den berörda parten. Mindre erfarna sjuksköterskor uppgav att de inte hade tilltro till arbetsplatsens förmåga att handskas med problemet och ansåg att avvikel­sesystemet uppmuntrade till att skylla på andra.

1.5 Övergrepp i äldrevården

Enligt WHO (2011) definieras övergrepp mot äldre som en enda, eller upprepade handlingar, eller brist på lämpliga åtgärder, som orsakar skada eller lidande för en äldre person, där händelsen eller händelserna inträffar inom ett förhållande där det finns en förväntan på förtroende.

Patienter upplever att de förlorar rätten till frihet och att utrymmet till att ta egna beslut kring rutiner blir mycket begränsad när de flyttar till omvårdnadsboende. Patienter som inte är självgående får mindre möjligheter att bestämma kring sin egen omvårdnad. På vissa boenden får inte anhöriga bestämma kring den boendes begravning (Buzková & Ivanová 2009). De boende upplever att deras rum är deras territorium, men

problematiken är att rummen även är vårdpersonalens arbetsplats (Schopp *et al.* 2003). Patienter på boenden klagar på att dörrarna till deras rum lämnas öppna och att personalen inte knackar på dörren. Ofta är otillräcklig kommunikation orsaken till att patienternas värdighet kränks (Buzková & Ivanová 2009).

Det finns ett stort stöd i litteratur för att personal både begår övergrepp mot äldre och ser annan personal begå övergrepp mot äldre (McCool *et al.* 2009, Buzgová & Ivanová 2011). Även anhöriga till patienter på äldreboenden uppger att de har sett övergrepp begås. I jämförelse med vilka klagomål som inkommer till *ombudsmen* (en officiell person, ofta utvald av staten, som har hand om klagomål och har som uppgift att lösa dem) och vilka missförhållanden de anhöriga påtalar, kan det vara så att anhöriga känner till fler händelser än vad som anmäls (Griffore *et al.* 2009). När personal tillfrågas om vilka typer av övergrepp som är vanligast framkommer att alla former av övergrepp mot äldre (fysiska, psykologiska, finansiella, bristande eller utebliven omvårdnad samt sexuella övergrepp) förekommer. De vanligast förekommande är fysiska och psykologiska övergrepp medan sexuella övergrepp generellt förekommer i väldigt liten utsträckning (McCool *et al.* 2009, Buzgová & Ivanová 2009, Buzková & Ivanová 2011, Lindbloom *et al.* 2007, Jogerst *et al.* 2005). I många fall av sexuella övergrepp har förövaren sedan tidigare ett förflutet innehållande liknande incidenter på andra äldreboenden. Dessa personer har ofta anställts utan att någon ordentligt undersökt deras bakgrund. Det är dock ovanligt att dessa personer blivit arresterade eller dömda (Lindbloom *et al.* 2007).

Faktorer som ökar risken för att bli utsatt för övergrepp är demens, aggressivitet och rastlöshet (McCool *et al.* 2009, Buzgová & Ivanová 2009, Buzgová & Ivanová 2011, Lindbloom *et al.* 2007). Även kvinnliga patienter eller de patienter som sällan blir besökta av anhöriga tillhör denna riskgrupp (Buzgová & Ivanová 2011). Personal som upplever stress på arbetsplatsen, utbrändhet eller brist på inflytande är mer kapabla att utföra övergrepp. Privata problem med familjen hos personalen kan påverka relationen till patienterna på boendet. De boende känner av förändringen i relationen och kan tro att det är de som är källan till problemet (Shinan-Altman & Cohen 2009). Personal som gör sig skyldiga till fysiska övergrepp beskriver sig själva i högre utsträckning som dominanta eller auktoritära medan personal som begår psykologiska övergrepp tenderar att beskriva sig som utmattade eller dominanta. Båda grupperna är oftare missnöjda med arbetsförhållandena, känner sig inte tillräckligt motiverade av ledning och upplever mycket stress (Buzgová & Ivanová 2011). Personal som är involverade i psykologiska

övertalning och invänta rätt tillfälle att agera på. Vid akuta skeden kan det vara svårt att låta patienten ta egna beslut, vilket tär på personalens samveten. Även rutiner på avdelningen kan gå ut över de boendes autonomi, exempelvis rutiner kring sänggående, vilket personalen kan känna att de inte har makt att ändra på även om de ser att autonomi kränks. Etiska dilemman diskuteras oftast inte i personalgruppen (Jakobsen & Sørli 2010). Vårdpersonal som diskuterar begreppet sårbarhet identifierar både positiva och negativa aspekter. Att vara sårbar kan dels användas som redskap för att känna empati men kan också ses som en börda. De menar att sårbarheten kan innebära en ömhet som är användbar i det enskilda arbetet med dementa patienter. Dock innebär det också ett ökat stresspåslag som innebär att vårdpersonal stänger av känslorna under arbetsdagen för att orka med arbetspasset. Sårbarhet måste kombineras med mod för att kunna användas som redskap. Genom att skydda sig själva från att vara sårbara försöker vårdpersonal trycka ner och inte visa sina känslor för patienter och för annan personal. Framför allt dementa patienter har en förmåga att få vårdpersonal att känna sig sårbara och osäkra, vilket medför att vårdpersonalen känner ett behov av att bli mer hårdhudade. De kan använda sig av humor för att distansera sig från patienterna och försöka skydda sig själva, men det kan också vara sårande för patienterna att de skämtar på deras bekostnad (Stenbock-Hult & Sarvimäki 2011).

1.6 Utformning av en Lex Sarah- anmälan

En Lex Sarah- anmälan består av ett dokument på två sidor med eventuella bilagor. Första sidan innefattar boendets namn, kund som anmälan avser, datum och klockslag för händelsen och beskrivning av händelseförloppet. Detta blad fylls i av den personal som upptäckte missförhållandet. Nästa blad fylls i av verksamhetschef och områdeschef och ska innehålla dokumentation av åtgärder som förhindrar att händelsen upprepas, samt vilken anhörig eller god man som kontaktats. Om områdeschefen bedömer att händelsen är tillräckligt allvarlig finns rader där han/hon ska fylla i om han/hon har underrättat facklig organisation och/eller Omvårdnadsnämnden. Omvårdnadsnämnden

tar sedan beslut om polisanmälan är aktuell eller om ärendet ska skickas vidare till Länsstyrelsen.

1.7 Problemformulering

Enligt Socialstyrelsen har ingen utvärdering gjorts sedan lagen infördes 1999. Det finns en stor kunskapslucka kring Lex Sarah- anmälningar varför det är av intresse att studera ämnet närmare. Ett stort problemområde kring Lex Sarah- anmälningar kan vara att många händelser inte anmäls på grund av att anmälaren inte är anonym och kan frukta påföljder i den psykosociala arbetsmiljön. Det är viktigt att få en förståelse för vilka händelser som faktiskt har Lex Sarah anmälts, vilket kan ligga till grund för vidare forskning.

1.8 Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva innehållet i Lex Sarah- anmälningar i en större kommun i Mellansverige under år 2010. Vidare är syftet att undersöka vilka påföljder en Lex Sarah- anmälan resulterar i på verksamhetschefsnivå och områdeschefsnivå.

1.9 Frågeställningar

1. Vilken händelse leder till en anmälan?
2. Vad leder anmälda händelser till på a) verksamhetsnivå och b) områdeschefsnivå?

2. Metod

2.1 Design

En empirisk studie med en beskrivande kvalitativ design användes för att presentera en sammanfattning av ett fenomen/händelse (Polit & Beck 2008), i detta fall fenomenet Lex Sarah- anmälningar.

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Ett totalurval av Lex Sarah- anmälningar som gjorts under 2010 på kommunala äldreboenden i en större kommun i Mellansverige. Kommunen har valts utifrån ett bekvämlighetsurval, då kontakter fanns inom kommunen, vilket underlättade ett samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Studiens inklusionskriterier var Lex Sarah- anmälningar gjorda på kommunala äldreboenden i den aktuella kommunen. Dessa kriterier resulterade i 20 stycken anmälningar, vilket var en hanterlig mängd som hade förutsättning att ge mättnad på data (Polit & Beck 2008). Kommunen har cirka 95 000 invånare och 16 kommunala äldreboenden (Statistiska Centralbyrån

2010). Hemtjänst, privata företag och psykiatriboenden exkluderades från studien. Detta på grund av att dessa vårdformer sammanlagt resulterade i endast sju stycken anmälningar, vilket är för få anmälningar för att kunna dras slutsatser på med tanke på hur lite data en anmälan innehåller.

2.3 Tillvägagångssätt

MAS:en i den aktuella kommunen kontaktades initialt via telefon och tillfrågades om hon var intresserad av ett samarbete. MAS:en avidentifierade anmälningarna som hämtades av oss på plats. Detta för att minimera risken att obehöriga får ta del av informationen. Tillstånd erhöles att bearbeta materialet på annan plats än på kommunhuset. En överenskommelse gjordes med MAS:en att materialet sedan lämnas tillbaka till henne när uppsatsen är färdig.

2.4 Dataanalys och databearbetning

Efter att materialet erhållits lästes det igenom för att ge en överblick av anmälningarnas utseende, omfattning och upplägg. Anmälningarna kodades från ett till tjugo. Under hela databearbetningens gång arbetade författarna tillsammans för att minimera risken att olika tolkningar skulle generera olika resultat. Texten analyserades med hjälp av manifest innehållsanalys (se tabell 1). En innehållsanalys är en vedertagen analysmetod sedan 1950-talet och är starkt förknippad med kvalitativ forskning. Den är lämplig att använda när syftet är att analysera de synliga och uppenbara komponenterna en text består av (Graneheim & Lundman 2004). Meningsbärande enheter togs ut, kondenserades och kodades. Det första steget i en innehållsanalys är att ta ut meningsbärande enheter som består av meningar eller paragrafer som kan anses kärnfulla och relevanta för studiens syfte (Graneheim & Lundman 2004). I marginalen skrevs koden till anmälan i syfte att underlätta för författarna att kunna gå tillbaka till materialet, samt för att tydliggöra om flera meningsbärande enheter härstammar från samma anmälan. Tre olika analys-scheman utformades, ett för händelsen som ledde till anmälan, ett för verksamhetschefens åtgärder och ett för områdeschefens åtgärder. De anmälningar som var svårast att tolka sparades till sist, eftersom mer erfarenhet av analysmetoden erhöles. Därefter lästes de första nio anmälningarna om på nytt för att kontrollera att anmälningarna var analyserade på ett konsekvent sätt från början till slut. Efter att materialet kodats lästes det igenom av en tredje person som bekräftade att tolkningarna var korrekta, och en diskussion fördes kring tolkningarna tills konsensus uppnåts.

Tabell 1. Översikt av delar av innehållsanalysen

Meningsbärande enhet	Kondensat	Kod	Subkategori	Kategori
<i>Händelse</i>				
Är signerat på sign. listan att det är givet varje gång men detta har inte skett.	Signerat att det är givet trots att det inte är det.	Felaktig hantering av signeringslistan.	Utebliven dokumentation/information.	Bristande kommunikation.
<i>Verksamhetschef</i>				
Vid nästa APT kommer händelsen diskuteras ur etisk synvinkel för att förhindra liknande händelser i framtiden.	Diskussion kring händelsen ur etisk synvinkel på nästa APT.	Diskuteras på APT.	Insatser riktade mot hela personalstyrkan.	Insatser riktade mot arbetsplatsen.
<i>Områdeschef</i>				
Berörd personal erhåller en varning för bristerna i sitt arbetssätt mot kund.	Berörd personal blir varnad.	Berörd personal blir varnad.	Personalen får en varning.	Insatser riktade mot berörd personal.

Därefter skrevs koderna upp på lappar, som sedan sorterades så att koder med liknande innehåll samlades ihop och bildade subkategorier enligt vedertagen teknik (Graneheim & Lundman 2004). Dessa har hållits så textnära som möjligt. Subkategorierna fördes in i ytterligare ett kodschema där författarna med ett mer abstrakt synsätt kategoriserade dem.

2.5 Hantering av bortfall

MAS:en i den aktuella kommunen har bekräftat att inget bortfall har skett. Om bortfall skulle förekomma fanns en ersättningskommun att samarbeta med.

2.6 Forskningsetiska överväganden

MAS:en i den aktuella kommunen har uppmanats att avidentifiera materialet så att ingen kännedom finns om vem anmälaren eller kunden är. För att minimera risken att materialet hamnar i någon annans händer har materialet bearbetats på en avskild plats där ingen obehörig kan ha lyssnat på resonemang som förts. Materialet har förvarats inlåst så att ingen obehörig kunde ta del av materialet. Det finns en problematik i att vi inte har bett de berörda personerna om samtycke till att ta del av materialet. Dock är Lex Sarah- anmälningar offentliga handlingar (Socialstyrelsen 2010), men det är ändå etiska frågor som är viktiga att beakta. Enligt forskningsetiska principer skiljer sig undersökningar åt på så sätt att deltagarnas medverkan är aktiv eller passiv. Vid aktivt deltagande är det viktigt med förhandsinformation och samtycke. Vid passiv medverkan där material hämtas från redan existerande myndighetsregister, bedöms informationskravet från fall till fall. Samtycke kan inhämtas från en företrädare, i vårt fall en medicinskt ansvarig sjuksköterska, om undersökningen inte berör frågor om privat eller etiskt känslig karaktär (Vetenskapsrådet 2002). Då vår studie innebar att analysera redan utredda Lex Sarah- anmälningar, som kan ha inneburit känslomässigt

trauma för de inblandade samt deras arbetsplats, fanns ytterligare incitament för att frångå samtyckeskrevet. Vetenskapsrådet (2002) skriver att forskaren bör överväga att inte hämta samtycke vid misstanke av att detta kan inverka på individskyddskrevet. I de fall citat presenteras i resultatet har generella och allmängiltiga citat valts ut som är svåra att härleda till en specifik händelse.

3. Resultat

Resultatet bygger på de 20 Lex Sarah- anmälningar som inkluderats i studien och kommer att presenteras utifrån de områden, kategorier och subkategorier som framkommit i innehållsanalysen. Subkategorierna kommer att presenteras i löpande text för att minimera antalet underrubriker. Resultatet kommer att delas in i tre områden; händelse som leder till en Lex Sarah- anmälan och verksamhetschefens respektive områdeschefens åtgärder. Subkategorierna kommer att styrkas av citat. I de fall där anonymisering har förekommit, och författarna har fått göra egna tolkningar av vad som står i anonymiseringens ställe, har detta belysts med parenteser, till exempel ”(personal)”. Omvårdnadspersonal kommer att kallas för ”personalen” och patienten kommer att kallas för ”kunden”. För en översikt över områden, kategorier och subkategorier, se tabell 2.

Tabell 2: Översikt av områden, kategorier och subkategorier

Område	Händelse som leder till en Lex Sarah- anmälan			
Kategori	Felaktigt bemötande	Bristande kommunikation	Bristande omvårdnad	
Subkategori	Hårdhänt eller aggressivt agerande	Bortglömd kund (på grund av oklar ansvarsfördelning)	Bristande basal omvårdnad	
	Svikit förtroende och kränkt kunden	Utebliven dokumentation/information	Bristande medicinsk omvårdnad	
			Bristande tillsyn Kunden nekas hjälp	
Område	Verksamhetschefens åtgärder			
Kategori	Insatser riktade mot berörda parter		Insatser riktade mot arbetsplatsen	
Subkategori	Kund/anhörigperspektiv		Insatser riktade mot avdelningen	
	Samtal med berörd personal		Insatser riktade mot hela personalstyrkan	
	Hälsoinsatser riktade berörd personal		Krav ställs på arbetsplatsens samarbetspartners.	
	Information om Lex Sarah- anmälan			
Område	Områdeschefens åtgärder			
Kategori	Verksamhetschefens åtgärder är tillräckliga	Utredning saknas	Insatser riktade mot berörda parter	Insatser riktade mot avdelningen
Subkategori			Facklig inblandning	Handlingsplan framtagen
			Samtal med berörd personal	MAS:en informerar om läkemedelshantering
			Personalen får en varning	
			Insatser riktade mot kunden	

3.1 Område: Händelse som leder till en Lex Sarah- anmälan

I detta avsnitt presenteras händelsen som ledde till en Lex Sarah- anmälan (se tabell 2). Kategorier som framkom var; felaktigt bemötande, bristande kommunikation och bristande omvårdnad.

3.1.1 Kategori: Felaktigt bemötande

En kategori framkom som handlade om felaktigt bemötande, varav majoriteten utgjorde aggressivt bemötande gentemot kunderna. Två subkategorier framkom: hårdhänt eller aggressivt agerande och svikit förtroende och kränkt kunden.

Felaktigt bemötande handlar om att personalen har agerat hårdhänt eller aggressivt gentemot kunden. Dessa anmälningar gjorde anmälaren generellt efter att kunden berättat för anmälaren vad som skett, vilket också leder till att kundens perspektiv tas upp mer genomgående i den här kategorin. En anmälan handlade om att personalen svek ett förtroende. Två av anmälningarna kom från samma boende, gjordes vid samma tidpunkt och handlade om elakt bemötande från personalens sida. Det framkom även att personalen kallat den boende öknamn.

En subkategori framkom där kundens perspektiv belystes och handlade genomgående om en känsla av att vara kränkt som en konsekvens av det bristande bemötandet. Anmälaren anser här att kundens upplevelse av händelsen är så pass viktig att den måste inkluderas. Värt att notera är att kundens upplevelse så gott som uteslutande har noterats i samband med vissa anmälningar som innefattat kränkande eller hårdhänt bemötande, men förekommer också efter att kunden har nekats hjälp.

”Enligt kund skulle då personal 2 varit förskräckligt arg och höjt rösten p.g.a. att hon hade kissat på sig och för att hon ska kissa så ofta samt att hon hela tiden larmar.”

”Berättar att (kunden) blir ledsen och att (kunden) upplever att (kunden) är mindre värd som människa.”

3.1.2 Kategori: Bristande kommunikation

En kategori framkom som handlade om bristande kommunikation och två subkategorier identifierades, bortglömd kund (på grund av oklar ansvarsfördelning) och brist på dokumentation/information. Den första handlade om händelser där brist på kommunikation ledde till att kunden blev bortglömd och innefattade två anmälningar. I båda fallen blev kunden bortglömd på grund av missförstånd i personalgruppen. En

orsak som framkom var oklar ansvarsfördelning där missförstånd fanns kring vem som skulle hjälpa kunden.

Vidare förekom brister i kommunikationen i fall där personalen har närvarat vid en händelse men inte dokumenterat i journalen. Det förekom även händelser där personalen inte har informerat medarbetare eller andra berörda parter om det inträffade. Dels förekom anmälningar som innefattade fallolyckor där dokumentationen uteblivit och dels förekom anmälningar som handlade om felaktig hantering av signeringslistan för medicin. Dessa händelser utgjorde aldrig en anmälan i sig, utan nämndes utöver det centrala i händelsen.

”Då visar det sig att (kunden) inte kommit upp än och ingen vet riktigt varför han ligger kvar i sängen.”

”Är signerat på sign. listan att det är givet varje gång men detta har inte skett.”

3.1.3 Kategori: Bristande omvårdnad

Bristande omvårdnad var den kategorin där flest meningsbärande enheter identifierades. De subkategorier som togs ut var; bristande basal omvårdnad, bristande medicinsk omvårdnad, bristande tillsyn och kunden nekas hjälp. De händelser som kategorin bygger på var generellt de mest centrala delarna i anmälningarna.

Bristande basal omvårdnad innefattar händelser där kunden inte fått sina basala vårdbehov tillfredsställda samt en felaktigt utförd förflyttning. De basala vårdbehoven innefattade nästan uteslutande kundens personliga hygien. Brister i medicinsk omvårdnad innefattar två händelser där kundens medicinering brustit. I ett av fallen har medicinering helt uteblivit, medan det i det andra fallet har givits medicin men inte kontrollerats att kunden svält det. Personalen missade även att mäta kroppstemperaturen på en febrig kund. Det förekom även händelser där kunden utsatts för fara eller obehag på grund av att personalen inte utfört den tillsyn som kunden hade behov av. Flera av händelserna resulterade i fallolyckor, några innebar fara för kunden och enstaka innebar att kunden fick vänta länge på hjälp. Fall där kunden ber om hjälp men nekas av personal var en betydande del i kategorin. Majoriteten av händelserna består av att kunden uppmanas att kissa i blöjan istället för att få hjälp med att gå på toaletten. De övriga händelserna handlar om att kunden nekas att vila i den utsträckning som kunden önskar. Här syns ett mönster där kunden ofta tagit kontakt med anmälaren och berättat vad som hänt, istället för att anmälaren själv har bevittnat händelsen. Detta tyder på att kunden känt sig kränkt av att bli nekad hjälp.

”Han sitter smutsig med bajs i blöjan när jag kommer en stund före. Vid flera tillfällen får han äta med bajs i blöjan.”

”Samma kväll i samband med sänggående upptäcker jag nedanstående att kund har medicin som ligger kvar i hennes mun.”

”Dock glömde de bort (kunden) så nattpersonalen hittade kunden på toaletten kl 22.00.”

”(Kunden) beskriver att (kunden) inte fick gå på toaletten under hela natten. (Kunden) ringde på hjälp men personalen sade att, vi kommer när vi får tid!”

3.2 Område: Verksamhetschefens åtgärder

Under följande avsnitt presenteras resultatet avseende verksamhetschefens åtgärder i syfte att händelsen inte ska upprepas. Två kategorier framkom; insatser riktade mot berörda parter och insatser riktade mot hela arbetsplatsen. Indelningen i dessa kategorier bygger på mönstret som framkommit att verksamhetschefen dels sätter in åtgärder för att hantera skadan som skett och dels sätter in åtgärder för att förhindra att händelsen upprepas. Insatserna är relativt jämnt fördelade över de två kategorierna.

3.2.1 Kategori: Insatser riktade mot berörda parter

Med ”berörda parter” avses inblandad personal och kund, samt anhöriga. Subkategorier som framkommit är; kund/anhörigperspektiv, samtal med berörd personal, hälsoinsatser riktade mot personal och information om Lex Sarah- anmälan.

Kund/anhörigperspektivet finns med, men är litet. Det består av två insatser fördelade på samtal med kund och samtal med anhörig.

Samtal med berörd personal var den vanligast förekommande åtgärden och utgjorde en grundpelare i insatserna riktade mot berörd personal. Verksamhetschefens vilja att få personalen att inse allvaret i det inträffade syns här. Den vanligaste formuleringen var ”samtal med berörd personal”, men det förekommer även åtgärder där samtalen har inkluderat tjänstgörande sjuksköterska, sjukgymnast och personalman. I vissa fall sattes hälsoinsatser in, riktade mot berörd personal. I en av insatserna står det i klartext att personalen får psykologhjälp och i den andra står det endast att Kommunhälsan kopplas in i syfte att personalen ska få hjälp att hantera stressiga situationer.

Den sista subkategorin innefattar åtgärder som berör information om Lex Sarah-anmälan. Detta tyder på att verksamhetschefen tillsammans med berörda parter gått igenom anmälan.

”Samtal med (kunden) som även uppger att (personal) är hårdhänt och river och sliter i honom.”

”Samtal med berörd personal.”

”Kontakt kommer att tas av v- chef till Kommunhälsan så att personal kan få hjälp med hur hon kan förhålla sig i stressade situationer.”

3.2.2 Kategori: Insatser riktade mot arbetsplatsen

Kategorin består av tre subkategorier; insatser riktade mot avdelningen, insatser riktade mot hela personalstyrkan och krav ställs på arbetsplatsens samarbetspartners.

Verksamhetschefen riktade åtgärder mot avdelningen. De centrala delarna är förändring av rutiner, dels avdelningens rutiner men även rutiner kring den enskilda kunden. Hela personalstyrkan inkluderades även i verksamhetschefens förbättringsarbete på avdelningen. Dessa åtgärder inkluderar samtal kring det inträffade på arbetsplatsträffar, allmänna diskussioner kring etik och bemötande, utbildning samt information till vikarier. Det som länkar samman åtgärderna är att de riktar sig till personalen utöver de inblandade. Här syns verksamhetschefens vilja att få hela personalen att reflektera över det inträffade i syfte att det inte ska upprepas, som ett led i ett mer övergripande förbättringsarbete.

En åtgärd särskiljer sig från de övriga åtgärderna genom att den riktar sig mot en tredje part, leverantören av trygghetslarm. Den hör hemma under kategorin ”insatser riktade mot arbetsplatsen” då resultatet av åtgärden gynnar hela arbetsplatsen och inte enbart den enskilda kunden.

”Ändring i rutiner för kvällspersonal så att de alltid gör en runda och tittar till alla boende innan de går hem.”

”Insatsplan skall ses över för kund.”

”Möjlighet att diskutera etik och bemötande på arbetsplatsträffar.”

”Vad avser icke fungerande trygghetslarm så har krav ställts till leverantören att åtgärder måste vidtagas så att det inte upprepas.”

3.3 Område: Områdeschefens åtgärder

Även under områdeschefens åtgärder syns ett mönster av att åtgärderna riktas mot berörda parter, men även mot avdelningen. Detta framgår dock inte lika tydligt, då åtgärderna är ojämnt fördelade mellan dessa kategorier och fler kategorier framkommer.

3.3.1 Kategori: Verksamhetschefens åtgärder är tillräckliga

I nästan hälften av anmälningarna som bearbetats anser områdeschefen att verksamhetschefens åtgärder är tillräckliga i ärendet. Områdeschefen har således inte lagt till några egna åtgärder i ärendet.

3.3.2 Kategori: Utredning saknas

I några av anmälningarna saknades helt utredning från områdeschefen.

3.3.3 Kategori: Insatser riktade mot berörda parter

Under kategorin ”insatser riktade mot berörda parter” framkom subkategorierna; facklig inblandning, samtal med berörd personal, personalen får en varning och insatser riktade mot kunden. Kategorin utgör en klar majoritet av områdeschefens åtgärder. En stor del av åtgärderna utgörs av ytterligare samtal med berörd personal. Några åtgärder inkluderade även fackföreningen i olika utsträckning, samt i vissa fall PA- konsult. I ett par fall fick den berörda personalen en varning.

Kunden närvarade vid ett av samtalen, tillsammans med personalen, områdeschefen, verksamhetschefen och sjuksköterska. I ett annat fall gjordes hembesök hos kunden med en verksamhetsutvecklare.

”Enskilda samtal med berörd personal tillsammans med PA-konsult och Kommunal.”

”Berörd personal erhåller en varning för bristerna i sitt arbetssätt mot kund.”

3.3.4 Kategori: Insatser riktade mot avdelningen

I jämförelse med verksamhetschefens insatser mot avdelningen är områdeschefens insatser färre. Subkategorierna som togs fram var; handlingsplan framtagen och MAS:en informerar om läkemedelshantering i ett fall där läkemedelshantering brustit på avdelningen.

”En handlingsplan är framtagen.”

”MAS kommer till (vnt) och informerar om rutiner och riktlinjer för lm-hantering under hösten.”

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Bristande omvårdnad var den vanligast förekommande anledningen till att en Lex Sarah- anmälan skrevs. Andra anledningar som bristande kommunikation och felaktigt bemötande förekommen ofta då i samband med bristande omvårdnad.

Verksamhetschefens åtgärder var jämt fördelade mellan insatser riktade mot berörda parter och insatser riktade mot arbetsplatsen. I nästan hälften av anmälningarna ansåg områdeschefen att verksamhetschefens åtgärder var tillräckliga. Områdeschefens vanligaste åtgärder var ytterligare insatser riktade mot berörda parter, medan ytterligare insatser riktade mot avdelningen inte förekom i lika stor utsträckning. Insatser mot kunden och dess anhöriga finns med, men är näst intill obefintligt. Slutsatsen är att bristande omvårdnad är den vanligaste orsaken till att en anmälan görs, och att andra orsaker till att en anmälan görs ofta bygger på att brister i omvårdnad förekommit. I de fall kunden nekats hjälp eller blivit felaktigt bemött tar ofta kunden kontakt med anmälaren, i andra fall bevittnar anmälaren händelsen.

4.2 Resultatdiskussion

Litteratursökningen visade att alla typer av övergrepp förekommer så som fysiska, psykologiska, finansiella, bristande eller utebliven omvårdnad samt sexuella övergrepp (McCool *et al.* 2009, Buzgová & Ivanová 2009, Buzková & Ivanová 2011, Lindbloom *et al.* 2007, Jogerst *et al.* 2005), vilket även speglas i viss mån i föreliggande studie. Resultatet visade att både fysiska och psykologiska övergrepp förekom, men i mindre utsträckning än vad litteraturer visar. Den vanligaste anledningen till att en anmälan gjordes var bristande eller utebliven omvårdnad. Watson (2008) menar att olika tillstånd hos patienten som tung medicinering, demens eller hjärnskador gör patienten extra sårbar. Här är sjuksköterskans uppgift att tillhandahålla en stödjande och skyddande miljö. Watson trycker även på att tekniska säkerhetsmoment i största möjliga mån även ska innehålla vårdande moment. Som exempel kan patienten identitet kontrolleras på ett vårdande sätt eller icke-vårdande sätt (Watson 2008). Anledningarna till att resultaten skiljer sig åt kan vara att litteraturen undersöker vilka övergrepp som begås, medan vi undersöker de övergrepp som leder till en anmälan. Övergrepp kan således bevittnas men av olika anledningar ser det inte ut som att de anmäls. Malmedal *et al.* (2009) beskriver att det finns en gräns för hur allvarlig en händelse är för att den ska anmälas.

Många av de äldre i personalgruppen var mer benägna att ta upp händelsen internt (Malmedal *et al.* 2009). Det kan även finnas kulturella skillnader mellan Sverige och länderna som litteraturen undersöker, en möjlighet är att färre fysiska och psykologiska övergrepp förekommer i Sverige. Den troligaste förklaringen är dock att händelser går oanmälda. En god omvårdnad förutsätter att sjuksköterskan är känslig för sina egna känslor. Om inte, kan hon stänga ute andras känslor och bli hårdhärtad när andra har som störst behov av hennes kärlek och omsorg (Watson 2008). Sexuella övergrepp förekom inte i Lex Sarah- anmälningarna, trots att det förekommer på äldreboenden i liten skala (McCool *et al.* 2009, Buzgová & Ivanová 2009, Buzková & Ivanová 2011, Lindbloom *et al.* 2007, Jogerst *et al.* 2005). Om fler kommuner och anmälningar hade undersökts under en längre tid hade kanske även denna grupp av övergrepp identifierats. Inga finansiella övergrepp Lex Sarah- anmäldes. Detta förklaras av att den undersökta kommunen inte Lex Sarah- anmäler finansiella oegentligheter i dagsläget, utan polisanmäler dessa händelser direkt.

I jämförelse med Ågrens (2001) studie skiljer sig resultatet i föreliggande studie markant. Den mest framträdande kategorin i hennes studie kring Lex Sarah- anmälningar var fysiska övergrepp, vilket inte visat sig i föreliggande studie. Vissa fall av hårdhänt skötsel har förekommit, men i liten utsträckning och har aldrig utgjort stommen i anmälan. Psykologiska övergrepp (Ågren 2001) kan översättas till felaktigt bemötande i föreliggande studie och innehållet i anmälningarna i de båda studierna är likartade. Brister i omsorg i Ågrens (2001) studie är den minsta kategorin. Flera orsaker kan finnas till att Ågrens (2001) och föreliggande studiers resultat skiljer sig åt. För det första undersöks inte samma kommun. Ågren (2001) undersökte endast tio anmälningar vilket gör det svårt att dra slutsatser i jämförelse med föreliggande studie som omfattar 20 anmälningar. Det kanske mest intressanta är tidsskillnaden mellan Ågrens studie och föreliggande studie då precis tio år skiljer studierna åt. Det finns en kvalitativ skillnad i Lex Sarah- anmälningarnas innehåll som tyder på att fysiska övergrepp inte anmäls i samma utsträckning längre. Detta väcker intressanta frågor, tyder detta på ett omfattande kvalitetsarbete inom äldrevård som har minskat förekomsten av fysiska övergrepp, eller anmäls inte fysiska övergrepp i samma utsträckning längre?

En norsk studie fann att den äldre generationen av personalen i mindre utsträckning var benägna att anmäla och föredrog att man behandlade frågorna internt medan de yngre som saknade vårderfarenhet uppgav att de var mer benägna att anmäla (Malmedal *et al.* 2009). Kingston *et al.* (2004) kom däremot fram till att sjuksköterskor med mindre erfarenhet hade mindre tilltro till avvikelserapportering. Det hade varit intressant att

jämföra vårt resultat med det som framkom i dessa studier, men då alla uppgifter som hade med anmälaren att göra var anonymiserade var detta inte möjligt.

Både verksamhetschefens och områdeschefens åtgärder bildade mönstret av att dels rikta åtgärderna mot berörda parter men även mot avdelningen och arbetsplatsen. Åtgärderna riktade mot de berörda parterna syftade till att åtgärda det inträffade medan åtgärderna riktade mot avdelningen och arbetsplatsen kan ses som ett förebyggande förbättringsarbete för att liknande händelser inte ska upprepas. Verksamhetschefens åtgärder var jämnt fördelade mellan berörda parter och avdelningen/arbetsplatsen medan områdeschefen riktade sig mer mot berörda parter. Områdeschefen var i nästan hälften av anmälningarna nöjd med verksamhetschefens redan vidtagna åtgärder. Detta kan indikera att verksamhetscheferna i högre grad lyckas i sina försök att förebygga att händelsen upprepas, medan det kan vara svårare att begränsa skadan händelsen orsakat. Därför kan områdeschefen i större utsträckning känna behov av att fler åtgärder mot berörda parter sätts in. Materialet är dock inte omfattande nog för att svara på den frågeställningen, och vidare forskning med kvantitativ ansats skulle kunna belysa frågan ytterligare. Åtgärderna som sätts in tyder på ett förbättringsarbete både kring kunden, i form av insatsplaner, men också på avdelningen i form av arbetsplatsträffar. Det är dock i få fall som samtal med kunden anges som en åtgärd. Inte heller områdeschefen tar upp samtal med kunden som en åtgärd i så stor utsträckning. En studie undersöker disciplinära åtgärder för sjuksköterskor och barnmorskor. Sjuksköterskor blir avstängda från arbetet i högre grad än läkare och medellängden för avstängningsperioden är 19 veckor. Mindre än hälften återvänder till arbetet och ungefär en femtedel fick en skriftlig varning. Några få fick genomgå personlig utveckling medan majoriteten avskedades, sade upp sig eller gick i pension. Det visade sig att avstängning från arbetet ledde till oro och psykosocialt trauma för den avstängda och även ökad oro i arbetsgruppen. Avstängning rekommenderades inte som en disciplinär åtgärd (Stone *et al.* 2011). Detta speglas i viss mån i föreliggande studie, där ett fåtal av insatserna var att personalen varnades. Det förekom även personlig utveckling i form av kontakt med psykolog och Kommunhälsan. Disciplinära åtgärder var ovanliga och avstängning förekom inte. Med tanke på Stone och medarbetares (2011) studie syns att cheferna har satt in åtgärder som gynnar arbetsplatsen där fokus ligger på samtal med personal och rutinförändringar.

En observation är att kundens perspektiv finns med, men är näst intill obefintligt. Det är tacksamt då samtliga anmälningar kretsar kring missförhållanden som orsakat kunden lidande eller skada. Watson hävdar att omsorg är en grundpelare i omvårdnaden av

patienten. Mänsklig omsorg kräver att sjuksköterskan har specifika värderingar, avsikter, vilja och engagemang (Watson 1988a, 1988b, 2008). Vid utebliven omsorg kan patienten få känslor av att vara förödmjukad, ha förlorat kontrollen och uppleva skräck och desperation (Watson 2008). Anmälningarna tyder på att personalen upptäcker missförhållanden kring kunden, men hur kunden upplevde händelsen som ledde till anmälan tas inte upp. I några av anmälningarna syns hur anmälaren har spekulerat i hur kunden upplevde missförhållandet, men till synes inte frågat kunden. I de fall kundens upplevelse av missförhållandet tas upp har kunden själv berättat för anmälaren vad som skett, vilket förutsätter att kunden känner tilltro till någon i personalstyrkan. Detta är tänkvärt då det kan förekomma en atmosfär på boendet som inte gör att kunden känner sig trygg med någon i personalen och således inte gör sin röst hörd. Sjuksköterskan är den första personen en patient möter, vilket ger henne en stor möjlighet att etablera en relation med patienten. För att kunna uppmuntra patienten att känna hopp är det viktigt för sjuksköterskan att ta reda på vad hopp innebär för varje individ. Enligt de tillfrågade i studien är upprättandet av förtroende nyckeln till att uppfylla patienternas och deras anhörigas behov av hopp (Reinke *et al.* 2010). Patienter på sjukhus uttrycker en önskan om att ha någon i vårdpersonalen att vända sig till och utan tilltro till minst en i personalen upplever de inte att det finns en vårdande relation (Berg & Danielson 2007). Patienter på äldreboenden menar att sociala relationer till personalen är viktiga för att kunna känna tilltro. Detta innefattar både att patienterna får berätta om sitt liv och att vårdpersonalen delar med sig av sitt privatliv (Cook & Brown-Wilson 2010). Enligt Watson är relationen mellan sjuksköterskan och patienten essentiell för god omvårdnad. För att kunna uppnå den vårdande relationen med patienten måste sjuksköterskan både ta in det patienten säger men även dela med sig av sin egen livsvärld. Sjuksköterskan är således både en sändare och en mottagare (Watson 1988b). Patienterna uttryckte önskemål om att ha små pratstunder med personalen. Personalen kunde sedan använda sig av informationen de fått från patienterna till att hitta meningsfulla aktiviteter för de boende. Kontinuiteten hos personalen beskrevs som viktig för patienterna. De boende kunde känna svek när personalen slutade på arbetsplatsen och lovade att hälsa på, men inte gjorde det (Cook & Brown-Wilson 2010).

4.3 Metoddiskussion

I kvalitativa studier diskuteras trovärdigheten utifrån tre olika aspekter; credibility, dependability och transferability. Credibility handlar om urvalsfrågor, att man har ett urval som kan ge svar på syftet. Det handlar även om hur bra kategorierna täcker data och att hitta de mest passande meningsbärande enheterna (Graneheim & Lundman

2004). I föreliggande studie har ett så pass stort urval gjorts att det kan svara på syftet. Det finns även en tydlig tabell över hur abstraktion från meningsbärande enheter till kategorier har gjorts (se tabell 1). Detta ger läsaren en god inblick i hur analysen har gjorts, vilket ger honom eller henne möjlighet att själv utvärdera trovärdigheten ur denna aspekt. Författarna har genom representativa citat visat hur likheter och skillnader mellan kategorier uppstått. Dependability berör hur data förändras över tid och hur forskarens beslut under analysprocessen förändras (Graneheim & Lundman 2004). Det går inte att kontrollera om data i föreliggande studie har förändrats över tid, men för vår vetenskap har det inte kommit några nya riktlinjer kring Lex Sarah under år 2010. Det kan ha förekommit lokala rutinförändringar på arbetsplatserna under år 2010, vilket kan ha förändrat personalens syn på vilka händelser som bör anmälas eller inte anmälas. Författarna har försökt överkomma förändringar i databearbetningen genom att analysera om de första anmälningarna som analyserades efter att mer erfarenhet av analysmetoden erhöles. Transferability har att göra med hur resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper. Det är bara läsaren som kan avgöra ifall resultatet går att föra över till andra kontexter. En bra beskrivning av urval, databearbetning och analysprocess kan möjliggöra för läsaren att avgöra transferability (Graneheim & Lundman 2004). Författarna har försökt beskriva urval, databearbetning och analysmetod så väl som möjligt och har belyst resultaten med citat. Dock finns en problematik kring att den berörda kommunen inte är bättre beskriven, detta på grund av att anmälningarna inte ska kunna gå att härleda till ett specifikt boende eller en specifik person.

Då studiens informanter inte är informanter på samma sätt som i en intervjustudie kan inte mer data erhållas genom exempelvis följdfrågor. Varje anmälan är relativt kortfattad, varför ett större urval behövs för att uppnå mättnad på data. Enligt Polit och Beck (2008) avgörs urvalets storlek på om data urvalet genererar mättnad det vill säga kan anses vara mättad. Beroende på hur mycket informanterna har att säga kan ett mycket litet eller ett större urval behövas. Eftersom materialet var anonymiserat var det i vissa fall väldigt svårt att uttyda vad som hänt. Både namn på personal, den boende, namn på vissa platser och sjukdomstillstånd den boende befann sig i var överstruken. Oftast genererade detta inga större svårigheter att tyda materialet, då många anmälningar endast tycktes handla om en personal och en boende. Enstaka fall var mycket svårtolkade när flera (upp till fyra) personal var inblandade, vilket kan ha resulterat i att författarna har tolkat materialet fel. Dock handlar det i sådana fall om feltolkningar kring vilken personal som har gjort vad kring patienten, medan det centrala i händelsen gick att tyda utan några större problem. Vidare har problem uppstått

vid tolkningen av verksamhets- och områdeschefens åtgärder då dessa är mycket kortfattat beskrivna. Som exempel skrev en verksamhetschef som åtgärd ”utbildning”, vilket inte säger oss vem som bedriver utbildningen och för vilka.

Författarna är medvetna om att även en kvantitativ ansats skulle kunna svara på studiens frågeställningar och syfte. Den kvalitativa ansatsen valdes då en djupare inblick i texten ges och händelsernas kärna framträder tydligare. Det finns även en fördel med att arbeta kvalitativt i analysen då detta möjliggör ett totalurval av anmälningar som gjorts i en kommun under 2010. En kvantitativ ansats förutsätter ett samarbete med flera kommuner, vilket ökar risken för bortfall markant. Studiens resultat är inte representativt för andra kommuner i samma utsträckning som en kvantitativ studie skulle vara, men ger en detaljerad helhetsbild av den aktuella kommunen. Det finns en risk med att abstrahera verksamhetschefens och områdeschefens åtgärder, då åtgärderna är mycket kortfattade och tydligt beskrivna. Författarna har varit medvetna om problematiken och har tänkt på att hålla sig så textnära som möjligt. Kategorier har utformats kring åtgärderna, men har inte förändrats i utseende från kod, utan har enbart konstruerats för överskådlighetens skull. Resultatet kan även vara biased, baserat på att utredning från områdeschefen helt saknas i tre fall.

4.4 Allmän diskussion

Kunskap kring Lex Sarah- anmälningar kan öka förståelsen för vilka faktorer som har betydelse när vårdpersonal upptäcker och anmäler missförhållanden. Kunskapen kan bidra till att förändra rutiner kring anmälningar för att få fler av personalen att våga anmäla. I slutändan kommer mer kunskap om Lex Sarah- anmälningar att öka kvalitén på vården för patienten. Då allmänsjuksköterskan är ytterst ansvarig för omvårdnaden av patienten ligger det även i hennes eller hans intresse att personalen kring patienten observerar, har kunskap om anmälningsplikt och mod att rapportera detta. I nuläget finns ingen kunskap om resultat av Lex Sarah- anmälningar och det finns ett mörkertal kring observerade missförhållanden som inte anmäls. Målet är att resultatet ska ligga till grund för fortsatt forskning. Resultat har visat att flera olika åtgärder tas vid en Lex Sarah- anmälan, men inte hur de har genomförts, hur åtgärderna har tagits emot på arbetsplatsen och om det har resulterat i en bestående förändring. Anmälningarna ger heller ingen information om ifall det görs uppföljning av åtgärderna över huvud taget. Givetvis utgår författarna från att respektive verksamhetschef gör en intern uppföljning. Ett sätt att vidare arbeta med vårdkvaliteten skulle dock kunna vara att en anmälan innehåller en skriftlig uppföljning av hur åtgärderna har tagits emot och vilken förbättring det lett till på arbetsplatsen. Här finns behov av vidare forskning för att

utröna om Lex Sarah är ett bra redskap för kvalitetsförbättring inom vården. Resultatet, i jämförelse med tidigare studier pekar på att det kan finnas en skillnad mellan vilka övergrepp som bevitnas och vilka övergrepp som anmäls. Om det stämmer är det ett allvarligt fynd som tyder på en stor problematik kring vårdkvaliteten för patienten. Kännedom om detta är av största vikt för den kvalitetsansvariga på arbetsplatsen. Medvetenhet av att det kan finnas en problematik kan resultera i ett annat förhållningssätt kring kvalitetsfrågor och i vissa fall kan extra utbildning kring vikten av att Lex Sarah- anmäla vara nödvändig.

Referenser

- Berg L. & Danielson E. (2007) Patient's and nurse's experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **21**(4), 500-506.
- Buzková R. & Ivanová K. (2009) Elder Abuse and Mistreatment in Residential Settings. *Nursing Ethics* **16**(1), 110-126.
- Buzková R. & Ivanová K. (2011) Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics* **18**(1), 64-78.
- Cook G. & Brown-Wilson C. (2010) Care home resident's experiences of social relationships with the staff. *Nursing older people* **22**(1), 24-29.
- Firtko A. & Jackson D. (2005) Do the Ends Justify the Means? Nursing and the Dilemma of Whistleblowing. *Australian Journal of Advanced Nursing* **23**(1), 51-56.
- Graneheim U. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**(2), 105-112.
- Griffore R., Barboza G., Mastin T., Oehmke J., Schiamberg L. & Post L. (2009) Family Members' Reports of Abuse in Michigan Nursing Homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect* **21**(2), 105-114.
- Jackson D., Peters K., Andrew S., Edenborough, M., Halcomb E., Luck L., Salamonson Y., Weaver R. & Wilkes L. (2010a) Trial and retribution: A qualitative study of whistleblowing and workplace relationships in nursing. *Contemporary Nurse* **36**(1/2), 34-44.
- Jackson D., Peters K., Andrew S., Edenborough M., Halcomb E., Luck L., Salamonson Y. & Wilkes L. (2010b) Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing* **66**(10), 2194-220.
- Jakobsen R. & Sørli V. (2010) Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics* **17**(3), 289-300.
- Jogerst G., Daly, J. & Hartz A. (2005) Ombudsman Program Characteristics Related to Nursing Home Abuse Reporting. *Journal of Gerontological Socialwork* **46**(1), 85-98.
- Jogerst G., Daly, J., Dawson J., Peek-Asa C. & Schmuck, G. (2006) Iowa Nursing Home Characteristics Associated With Reported Abuse. *Journal of the American Medical Directors Association* **7**(4), 203-207.
- Jogerst G., Daly, J. & Hartz A. (2008) State Policies and Nursing Home Characteristics

- Associated with Rates of Resident Mistreatment. *Journal of the American Medical Directors Association* **9**(9), 648-656.
- Kingston M., Evans S., Smith B. & Berry J. (2004) Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *The Medical Journal of Australia* **181**(1), 36-39.
- Lindbloom E., Brandt J., Hough L. & Meadows S. (2007) Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review. *Journal of American Medical Directors Association* **8**(9), 610-616.
- Malmedal W., Hammervold R. & Saveman B-I. (2009) To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues. *Scandinavian Journal of Public Health* **39**(6), 744-750.
- McCance T., McKenna H. & Boore J. (1999) Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing* **30**(6), 1388-1395.
- McCool J., Jogerst G., Daly J. & Xu Y. (2009) Multidisciplinary Reports of Nursing Home Mistreatment. *Journal of American Directors Association* **10**(3), 174-180.
- McDonald S. & Ahem K. (2002) Physical and emotional effects of whistleblowing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* **40**(1), 14-27.
- Polit D. & Beck C. (2008) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Eighth Edition.* Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia
- Reinke L., Shannon S., Engelberg R., Young J. & Curtis J (2010) Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses. *Journal of Pain and Symptom Management* **39**(6), 982-992.
- Schopp A., Leino-Kilpi H., Välimäki M., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Scott A., Arndt M. & Kaljonen A. (2003). Perceptions of Privacy in the Care of Elderly People in five European Countries. *Nursing Ethics* **10**(1), 39-46.
- Shinan-Altman S. & Cohen M. (2009) Nursing Aides' Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes: The Effect of Work Stressors and Burnout. *The Gerontologist* **49**(5), 674-684.
- Socialstyrelsen. (2010) *Lex Sarah – tillämpning av 14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS. Handbok för Socialtjänsten.* [Elektronisk] Tillgänglig: 11-09-08
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17964/201>

- Statistiska Centralbyrån. (2011) [Elektronisk] Tillgänglig: 11-09-15 <http://www.scb.se/>
- Stenbock-Hult B. & Sarvimäki A. (2011) The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. *Nursing Ethics* **18**(1), 31-41.
- Stone K., Traynor M., Gould D. & Maben J. (2011) The management of poor performance in nursing and midwifery: a case for concern. *Journal of Nursing Management* **19**(6), 803-809.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2009) *Svensk sjuksköterskeförening om... GOD OMVÅRDNAD och GOD VÅRD*. [Elektronisk] Tillgänglig: 11-09-08 <http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%200M%20Omv%C3%A5rdnad%20%284%29.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [Elektronisk] Tillgänglig: 11-09-09 <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wagner L., Capezuti E., Taylor J., Sattin R. & Ouslander J. (2005) Impact of a Falls Menu-Driven Incident-Reporting System on Documentation and Quality Improvement in Nursing Homes. *The Gerontologist* **45**(6), 835-842.
- World Health Organisation. (2011) *Ageing and life course: Elder Abuse*. [Elektronisk] Tillgänglig: 11-09-13 http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/
- Watson J (1988a) *En teori för omvårdnad. Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Watson J (1988b) *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. National League for Nursing.
- Watson J (2008) *The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition*. University Press of Colorado.
- Ågren M (2001) Lex Sarah - en studie av övergrepp i äldrevården. FoU-rapport 2:2001. Hälsohögskolan i Jönköping.